FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1946

# THESE N° 311

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

**Yves LE BARS**

Né le 4 Novembre 1917, à Laniscat (Côtes-du-Nord).

*Présentée et soutenue publiquement le* 3 JUIN 1946 19..

# CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA DISTOMATOSE HÉPATIQUE

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1946

-3 JUIN 1915

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1946 **THESE** N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

**Yves LE BARS**

Né le 4 Novembre 1917, à Laniscat (Côtes-du-Nord).

*Présentée et soutenue publiquement le* ..... 19..

# CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA DISTOMATOSE HÉPATIQUE

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1946

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

## DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon

DOYEN . . . . . BAUDOUIN

ASSESSEUR . . . . . LÉON BINET

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | ROUVIERE. |
| Anatomie pathologique | LEROUX. |
| Assistance Médico-sociale | N... |
| Bactériologie | GASTINEL. |
| Chimie médicale | POLONOVSKI. |
| Clinique de cardiologie | DONZELOT. |
| Cliniques chirurgicales | BROCQ. |
| | CADENAT. |
| | MONDOR. |
| | QUENU. |
| Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie | LEVEUF. |
| Clinique chirurgicale orthopédique | MATHIEU. |
| Clinique gynécologique | MOCQUOT. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GOUGEROT. |
| Clinique des maladies des enfants | DEBRE (R.). |
| Clinique des maladies infectieuses | LEMIERRE. |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale | LEVY-VALENSI. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Cliniques médicales | N... |
| | FIESSINGER. |
| | HARVIER. |
| | P.-VALLERY-RADOT. |
| Clinique médicale propédeutique | VILLARET. |
| Clinique de Neuro-chirurgie | VINCENT (Cl.). |
| Cliniques obstétricales | LANTUEJOUL. |
| | LEVY-SOLAL. |
| | PORTES. |
| Clinique ophtalmologique | VELTER. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | LEMAITRE. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | SENEQUE. |
| Clinique thérapeutique médicale | LOEPER. |
| Clinique de la Tuberculose | TROISIER. |
| Clinique urologique | FEY. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LYAN. |
| Histologie | CHAMPY. |

| | MM. |
|---|---|
| Hydrologie thérapeutique et climatologie | JUSTIN-BESANÇON. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | CATHALA. |
| Hygiène et médecine préventive | JOANNON. |
| Médecine légale et Médecine du Travail | DUVOIR. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT (E.). |
| Pathologie chirurgicale | PETIT-DUTAILLIS |
| Pathologie expérimentale et comparée | BENARD (Henri) |
| Pathologie médicale | CHABROL. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BAUDOUIN. |
| Pharmacologie et matière médicale | HAZARD. |
| Physiologie | BINET (Léon). |
| Physique médicale | STROHL. |
| Technique chirurgicale | MOULONGUET. |
| Thérapeutique | AUBERTIN. |

## PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), RICHET (*Physiologie*), VERNE, (*Histologie*).

## II. — AGREGES EN EXERCICE

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | CORDIER. |
| | N... |
| Anatomie pathologique | DELARUE. |
| | Mlle GAUTHIER-VILLARS. |
| Bactériologie | BONNET. |
| Chimie médicale | N... |
| Chirurgie générale | AMELINE. |
| | FEVRE. |
| | FUNCK-BRENTANO. |
| | MENEGAUX. |
| | PATEL. |
| | SICARD. |
| | N... |
| | N... |
| | N... |
| Histologie | BULLIARD. |
| Hydrologie | N... |
| Hygiène | N... |
| Médecine générale | BARIETY. |
| | BERNARD (Et.). |
| | BOULIN. |
| | BROUET. |
| | CACHERA. |
| | COSTE. |
| | DELAY. |
| | GARCIN. |
| Médecine générale | DE GENNES. |
| | HAGUENAU. |
| | LELONG. |
| | LENEGRE. |
| | MARCHAL. |
| | MOLLARET. |
| | MOUQUIN. |
| | SOULIE. |
| Médecine légale | DESOILLE. |
| Obstétrique | DIGONNET. |
| | LACOMME. |
| | SUREAU. |
| | N... |
| Ophtalmologie | RENARD. |
| Oto-rhino-laryngologie | HALPHEN. |
| Parasitologie | LAVIER. |
| Parasitologie coloniale | N... |
| Pathologie expérimentale | LEMAIRE. |
| Pharmacologie | Mlle J. LEVY. |
| | N... |
| Physiologie | N... |
| | N... |
| Physiologie médicale | DESGREZ (H.) |
| Thérapeutique | TURPIN. |
| Urologie | COUVELAIRE |

## III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

## IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

### à titre permanent.

| | MM. |
|---|---|
| Clinique chirurgicale | GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES. |
| Clinique obstétricale | ECALLE. |
| Clinique O. R. L. | HALPHEN. |
| Clinique médicale | ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy. MOREAU. |

## V. — CHARGES DE COURS

| | MM. |
|---|---|
| Puériculture | LELONG |
| Radiologie | LEDOUX-LEBARD. |
| Stomatologie | DECHAUME. |

---

| | MM. |
|---|---|
| Secrétaire de la Faculté | J. MOREL |
| Secrétaire-adjoint | M. BRISSIAUD. |

---

Bibliothécaire en Chef .. A. HAHN.
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

---

*Par délibération en date du 9 décembre* 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA MERE

*En faible témoignage reconnaissant de ses sacrifices et de sa grande compréhension toute dévouée à mon avenir.*

A MON PERE

*Dont le dévouement laborieux m'a permis une jeunesse heureuse et des études faciles.*

A MA FEMME

A MA TANTE, A SON MARI LE DOCTEUR LECOURT

*Qui m'aidèrent, me guidèrent avec tant de désintéressement.*

A MON FRERE ET A TOUS MES PARENTS

A MES CAMARADES DE CAPTIVITE

EN PARTICULIER AU DOCTEUR DASSONVILLE

*Qui sut dans cette épreuve nous faire comprendre la grande charité de notre métier.*

A MES AMIS ET CAMARADES D'ETUDES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de la Chaire
de Clinique Thérapeutique Médicale de l'Hôpital Saint-Antoine
Commandeur de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, mettant à notre disposition l'observation d'un de ses malades, nous guidant de ses précieux conseils et qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider cette thèse.*

*Hommage respectueux.*

A MES JUGES

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE RENNES

A MES CHEFS
DE L'HOPITAL MILITAIRE DE RENNES

# INTRODUCTION

Monsieur le Professeur LOEPER nous ayant confié l'observation d'un malade atteint de Distomatose Hépatique, entré à l'Hôpital Saint-Antoine, sans diagnostic, alors que depuis deux mois environ il présentait un état fébrile persistant, nous avons cru intéressant sur les conseils du Professeur LOEPER de consacrer notre thèse à l'étude de cette malade.

Ses formes cliniques multiples rendent son diagnostic difficile, comme dans notre cas où l'examen clinique seul, sans l'aide du laboratoire, spécialement de la formule sanguine, de l'examen des selles et du tubage duodénal, ne permit pas non seulement de poser le diagnostic de Distomatose Hépatique mais encore de l'orienter vers une affection d'ordre hépatique, le malade ne présentant aucun trouble de cet organe.

# GÉNÉRALITÉS

Plusieurs espèces de Douves peuvent se localiser au niveau du Foie de l'homme et de certains animaux (Bœufs, moutons), provoquant l'affection chronique qu'est la Distomatose Hépatique.

Par ordre de fréquence on rencontre :

— *Fasciola Hepatica,* dans la plupart des pays d'Europe, Russie et Afrique du Nord.

— *Dicrocoelium Lanceolatum,* dont la répartition géographique est sensiblement la même.

— *Clonorchis Sinensis,* signalée surtout en Extrême-Orient.

— *Opistorchis Felineus,* surtout au Tonkin et au Laos.

Longtemps après qu'eût été reconnue la fréquence de la Distomatose à *Fasciola Hepatica* dans les races ovines et bovines, on continuait à la considérer comme rare dans l'espèce humaine. Cette opinion était sans doute due au fait que de nombreux cas n'étaient pas diagnostiqués. Témoin l'observation de Madame O... publiée par d'ALLAINES, qui fut opérée pour Lithiase biliaire. A l'intervention on découvre un calcul et deux Douves. La malade se souvient qu'à l'époque où elle fait remonter l'infestation, deux amies qui venaient de vivre dans les mêmes conditions qu'elle-même, présentèrent des troubles digestifs. Ces personnes purent être retrou-

vées et l'examen de selles révéla la présence d'œufs de Douve. Ainsi voilà deux diagnostics dont l'un fut une découverte opératoire et l'autre dû au rapprochement.

Témoin aussi notre observation puisque notre malade fut examiné successivement au point de vue pulmonaire, sanguin (Para A. Para B.) et enfin digestif (possibilité de Néo) et seule la découverte de l'éosinophilie qu'il présentait amena un examen de selles qui permit d'affirmer la Distomatose.

## PARASITOLOGIE

Appartenant à la classe des Plathélminthes, la Douve est un ver plat à tube digestif incomplet de l'ordre des Trématodes. Elle fait partie du sous-ordre des Distomes à ventouses, hermaphrodite, subissant la métamorphose complète.

La *Fasciola Hepatica* a un corps long de 2 à 3 cm. aplati. Regardée par transparence elle présente latéralement des taches sombres formées par les ramifications intestinales. Le centre est clair. Elle porte deux ventouses, l'une ovale située sur un cône céphalique, petite et arrondie; l'autre ventrale au niveau de la partie la plus large du corps triangulaire à ouverture antérieure.

La Douve pond des œufs de 130 à 145 microns de long et 80 de large. Les œufs sont munis d'un opercule.

Le ver adulte vit dans les canaux biliaires, chez le mouton principalement. Chez le bœuf, la chèvre plus rarement, encore moins chez le cheval ou des animaux sauvages tels que chevreuil, cerf, lapin, lièvre.

Les moutons expulsent des œufs de Douves qui ne sont pas encore mûrs et qui ont besoin de trouver une eau de température favorable pour arriver à maturité, ce qui nécessite environ 15 jours.

A ce moment l'opercule s'ouvre et sort un embryon cilié, qui fut longtemps confondu avec le Miracidium qui lui a donné son nom. Le Miracidium nage jusqu'à ce

qu'il rencontre un mollusque du genre Limnée sans lequel il ne peut poursuivre son évolution. Le plus souvent c'est la Limnéa Troncatula, animal amphibie, hôte des petites mares boueuses plus que des cours d'eau, qui va recevoir le miracidium; celui-ci va se transformer en Sporocyte au niveau de l'appareil respiratoire de la Limnéa où il s'est fixé grâce à son rostre.

Après une série de transformations un organisme mobile ovulaire pourvu d'une queue, ressemblant à un têtard de grenouille, va quitter la Limnée. Cet organisme porte le nom de Cercaire. La Cercaire nage un certain temps, puis ayant trouvé un support, tige ou feuille de végétal, s'y fixe, perd sa queue, s'enkyste, se recouvre d'une coque brunâtre.

Ainsi se trouve constituée la forme infestante, la cercaire enkystée ou métacercaire; forme qui permet une longue résistance aux agents naturels, puisque le foin fait avec de l'herbe contaminée, sera dangereux malgré la dessiccation par l'action solaire.

Les animaux (mouton, bœuf) s'infestent en buvant l'eau des mares souillées. Pour l'homme ce cas est rare. Il s'agit le plus souvent de contamination par cresson porteur de métacercaires.

Dans l'observation que nous rapportons; quelque temps avant de ressentir ses malaises, notre malade avait mangé du cresson ramassé par lui-même le long de la voie ferrée en traversant des champs où se trouvaient des moutons. Mais tous les cressons ne sont pas également dangereux. Ceux fournis à Paris en grande quantité provenant de cressonnières bien entretenues et isolées ne provoquent que peu de cas de Distomatose hépatique.

Mais notre malade n'était pas seul à avoir dégusté ce cresson qu'il rend responsable, et pourtant il fut seul à présenter des troubles. Les autres personnes ne res-

sentirent absolument rien. Ce qui confirme l'opinion exprimée par le Docteur VANOS, Professeur de Parasitologie à Clermont-Ferrand, C. BERNARD, GRIFFITHS, PERROT et MAYER, d'après laquelle l'être humain n'offre pas au parasite de bonnes conditions pour l'évolution de la larve. Ainsi paraissent naturels les cas isolés de Distomatose Hépatique dans une famille malgré l'identité des menus.

Dans cette même observation les auteurs émettent l'hypothèse d'infestation possible par ingestion d'abats d'animaux contaminés, insuffisamment cuits. Hypothèse attrayante mais non confirmée, les expériences pour provoquer la Distomatose humaine par absorption de Douves vivantes ayant échoué.

Une fois dans l'estomac la paroi du kyste est dissoute par les sucs digestifs. La petite larve libérée perfore l'intestin, passe dans la cavité péritonéale où elle effectue un séjour variant de 4 à 14 jours avant de frapper le foie puis les canaux biliaires. Pour certains auteurs la larve utilise aussi la voie sanguine du système porte pour atteindre le foie. Dans le foie la Douve se développe, devient adulte en trois mois période à laquelle elle a gagné les voies biliaires où va se faire la ponte. Les séjours de la Douve dans le foie d'abord, puis dans les voies biliaires expliquent que les signes de début de la Distomatose soient d'ordre hépatique, tandis que plus tard on se trouve en face d'un syndrome biliaire.

# OBSERVATION

Monsieur A..., âgé de 60 ans, est admis le 29 novembre 1945 à l'Hôpital Saint-Antoine afin d'élucider l'étiologie d'une pyrexie qui dure depuis deux mois.

Monsieur A... est inspecteur retraité à la S.N.C.F. Il n'y a rien de particulier dans ses antécédents. Il n'a jamais quitté la France. Il habite la Loire.

Brutalement, le 29 septembre 1945, ressentant des malaises au réveil il prend sa température. Elle est à 38°. Pensant à un simple embarras gastrique il néglige de consulter un médecin. La fièvre se prolonge, accusant un type remittent, 37,5 le matin, 38,5 le soir. En même temps s'installent une asthénie progressive, des transpirations nocturnes, une sensation de démangeaison localisée aux membres inférieurs tandis que le malade maigrit malgré un appétit conservé et pet-être même augmenté.

Un mois plus tard, Monsieur A... se décide à consulter. Un traitement par les sulfamides, à la dose de 2 gr. 50 par jour est institué. Le traitement est mal supporté, provoquant nausées et vomisements, ce qui ne s'était pas encore produit.

Monsieur A... interrompt lui-même le traitement et consulte un autre médecin. Aucun symptôme nouveau n'est venu s'ajouter à ceux signalés si ce n'est la généralisation du prurit primitivement localisé aux membres inférieurs.

Un examen complet est entrepris; auquel s'ajoutent des examens de laboratoire parmi lesquels hémoculture pour Para A, Para B qui sera négative. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. La radio pulmonaire est négative et un examen radiolo-

gique après ingestion de baryte et lavement baryté ne montre rien de spécial.

Pendant ce temps, l'état général du malade reste satisfaisant. Il ne se plaint que de prurit et de lassitude. Pas de troubles digestifs, ni douleurs, ni vomissements, les selles sont normales. Monsieur A... ne se juge pas tellement affaibli puisque le 16 novembre il décide de venir à Paris pour affaires.

Mais quelques heures après son arrivée la température monte à 39°. A la suite d'une troisième consultation, Monsieur A... commence un traitement sulfamidé qui, malgré la dose de 10 gr. par jour, est bien supporté et la température baisse tout en restant au-dessus de la normale.

C'est à ce moment que le malade entre à l'hôpital. Son examen clinique ne révèle qu'un foie légèrement sensible et une rate percutable. La température reste la même ,toujours très oscillante.

Devant ce tableau plusieurs diagnostics différents furent évoqués :

Début de Lymphogranulomatose ;
Bacillose larvée ;
Endocardite d'Osler ;
ou Néoplasme infecté.

Divers examens de laboratoire sont demandés parmi lesquels une numération globulaire qui révèle une éosinophilie à 64 %. Cette donnée nouvelle oriente le diagnostic vers une Parasitose et des recherches sont effectuées. L'examen des selles donne un résultat qui n'est pas franchement positif, par contre dans le liquide duodénal on trouve de nombreux œufs de Douves.

Nous sommes donc en présence d'une Distomatose Hépatique ; diagnostic auquel pas un des médecins consultés n'avait pensé tellement les signes hépatiques furent toujours discrets. Reconnaisons que sans la découverte de l'éosinophilie qui fit demander une recherche de parasite, sans d'ailleurs préciser lequel, le diagnostic pouvait rester incertain pendant quelque temps.

La certitude de la Distomatose étant acquise, un traitement à l'émétine est aussitôt qui rapidement donne un résultat favorable..

L'Eosinophilie tombe à 40 %, le prurit disparaît, l'asthénie est moins marquée et la température tout en conservant un type oscillant se met à baisser. Cette amélioration se poursuit, les numérations globulaires montrent une diminution constante de l'éosinophilie, en même temps que les examens de laboratoire signalent que les œufs de Douve sont moins nombreux.

Tout porte à croire que nous allons assister à une guérison rapide, complète, quand brutalement, le 8 janvier, à 11 heures, le malade est pris d'un frisson intense, la température, de 37°,5 à 8 heures, passe à 40° ; le soir on note 40°,2. Pendant trois jours on note 38°,5, 39°,5 et 40°, puis la température se remet à descendre comme avant cet épisode dont la résolution rapide fit penser à un syndrome de Loeffler d'autant plus qu'à la radio on découvrit un foyer de densification de la base droite ; mais nous ne croyons pas que dans ce cas il s'agissait d'un synydrome de Loeffler.

En effet, le début sensationnel que nous avons rapporté ne ressemble guère à l'installation insidieuse du syndrome de Loeffler qui n'est souvent de ce fait découvert radiologiquement que par hasard. D'autre part l'expectoration hémoptoïque que présenta la malade était bien caractéristique d'une congestion pulmonaire. Enfin, symptôme encore plus important, l'éosinophilie, dont nous avons dit que le pourcentage était en régression constante depuis le début du traitement, non seulement n'augmente pas comme elle l'eut fait en cas de syndrome de Loeffler, mais accuse une diminution plus marquée. Alors que le taux des éosinophilies était de 13 % la veille du frisson, il tomba à 5 % quelques jours après pour remonter cinq jours plus tard à 10 %.

Nous croyons pouvoir expliquer ces variations par le rôle d'affection intercurrente que joua l'épisode pulmonaire. Celui-ci terminé l'éosinophilie reprit le taux qu'elle avait avant son début. S'il s'était agi d'un syndrome de Loeffler, nous aurions enregistré une courbe dont le profil eut été exactement l'opposé. L'éosinophilie au lieu de baisser serait montée en flèche, et au lieu de la petite augmentation notée à la fin de la période fébrile, nous aurions trouvé une courbe descendante.

Une hémoculture pratiquée pendant cette courte période fébrile

fut négative. De même furent négatives les recherches d'œufs de Douve et de Bacille de Koch dans les crachats.

Par la suite, la température reprit son caractère oscillant tendant de plus en plus vers la normale qu'elle atteint une semaine plus tard, pendant que la courbe d'éosinophilie de 10, redescendait à 3 %.

L'amélioration se poursuit si bien que le malade quitte l'hôpital le 9 février 1946.

C'est à dessein que nous nous sommes longuement étendus sur le début de cette observation voulant mettre en évidence le caractère si peu franchement hépatique de l'affection. Mais l'évolution ne mérite pas moins d'attention par le fait de l'apparition chez un Distomateux, d'une congestion pulmonaire banale qui pouvait en imposer pour un syndrome de LOEFFLER.

## ÉVOLUTION — PRONOSTIC

Très variable dans ses formes cliniques, la Distomatose l'est également dans son évolution qui dépend du nombre de parasites, du terrain qu'ils ont infesté, de la précocité du traitement, de l'apparition d'une complication ou d'une infection secondaire.

Chez tous les Distomateux il se produit une altération de la glande hépatique et les cas non traités se terminent comme des cirrhoses. D'où l'intérêt d'un diagnostic précoce permettant un traitement dont l'efficacité est d'autant plus grande que son application est rapprochée de l'infestation grâce à quoi on peut éviter l'apparition du processus scléreux cirrhotique marquant de façon définitive le foie et entravant ses fonctions.

On a signalé la persistance d'œufs de Douve dans les selles, alors que cliniquement la guérison était acquise, confirmée par les examens de laboratoire qui donnaient des pourcentages d'éosinophilie très voisins de la normale. Il semble que l'on puisse considérer que ces œufs sont expulsés au titre de corps étrangers, tout comme de petits calculs. Malheureusement on ignore si ces œufs ne pourraient pas à leur tour, provoquer une Distomatose.

Il est intéressant de se demander ce que deviennent les Douves adultes fixées au niveau du foie d'un Distomateux. Vivantes elles progressent et s'engagent dans les voies biliaires où leur taille ou leur nombre les arrête

ce qui donne lieu à des obstructions (VILLARD et BROCA — NOGUE — GARIN et BERTRAND). Il est fort probable que des Douves petites ou peu nombreuses aient pu traverser le cholédoque; néanmoins, elles ne sont pas signalées avoir été retrouvées dans les selles. Tuées par le traitement, elles restent sur place et ainsi que le montre une radio citée par le Professeur LOEPER, elles se calcifient. On a des images arrondies, de la taille d'une pièce de 50 centimes, au pourtour un peu irrégulier. Il est regrettable qu'il n'existe qu'une seule radio de ce genre.

Au point de vue pronostic la Distomatose est une maladie grave qui peut entraîner la mort. En tous cas elle laisse une atteinte hépatique sérieuse.

Il ne semble pas que l'on puisse trouver de cancers secondaires à une Distomatose à *Fasciola Hepatica* chez l'homme. Ce qui n'est pas le cas avec *Opistorchis Felineus* et *Chlonorchis sinensis*. Par contre chez l'animal *Fasciola Hepatica* peut donner lieu à d'abondantes proliférations adénomateuses.

## DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic de la Distomatose Hépatique toujours délicat au début ne peut être affirmé sans l'aide du laboratoire qui met à notre disposition :

*L'examen de la formule sanguine,*

que nous citons en premier lieu vu l'importance de l'éosinophilie qu'il nous fera connaître, car cette découverte amènera à demander :

*les examens de selles* et le

*tubage duodénal.*

Avec ces examens nous étudierons la valeur de la Cuti, de l'intra-dermo-réaction et de la fixation du complément, important par le fait qu'ils permettent un diagnostic précoce.

EXAMEN SANGUIN — *Formule Hématologique.*

Parfois demandé sans idée bien précise, afin d'avoir des renseignements complémentaires susceptibles d'aider au diagnostic, cet examen fournit une donnée souvent inattendue.

L'EOSINOPHILIE

Nous ne saurions trop insister sur la valeur de ce signe que l'on retrouve constamment dans toutes les observations rapportées. D'autant plus que la révélation

de cette éosinophilie a pour conséquence de provoquer des examens de selles, un tubage duodénal qui confirment et précisent la parasitose. Alors qu'il est permis de penser (sinon verrions-nous des Distomatoses à forme chronique évoluant sans jamais avoir été traitées) que l'éosinophilie restant ignorée on n'aurait peut être pas songé à examiner les selles ou le liquide duodénal du malade.

Mais, si l'éosinophilie permet d'envisager la possibilité d'une parasitose, cependant l'examen des selles et du liquide duodénal restent, avec la cuti et l'intradermo-réaction, les seuls examens capables de l'affirmer et de faire connaître le parasite en cause.

Nous allons, en effet, exposer les variations subies par l'éosinophilie sous l'influence de différents facteurs alors qu'il s'agit du même parasite. D'où résulte d'impossibilité de faire correspondre à une parasitose un chiffre donné d'éosinophilie.

Néanmoins les pourcentages trouvés dans les cas de Distomatose sont généralement plus élevés que lorsque d'autres parasites sont en cause.

Au début on se trouve en face d'une formule sanguine qui présente une hyperleucocytose générale avec éosinophilie atteignant parfois 70 % (64 % dans notre cas).

Cette éosinophilie débute précocement pour atteindre son maximum vers le troisième ou quatrième mois. Le chiffre de ce maximum varie suivant le nombre de parasites. (Expérience de MAAS infestant des Porcs par des trichines et trouvant un pourcentage augmentant avec le nombre de trichines enkystées absorbées par les Porcs. — YOUNG expérimentant sur la Distomatose à *opistorchis sinensis* des lapins arrive aux mêmes conclusions.)

Ce chiffre est d'autre part modifié sous l'influence de différents facteurs.

1°. — *Association parasitaire.*

Pour LEE HU HUNG ce fait ferait baisser le maximum.

Au contraire, pour DUNCAN, WHITE il y aurait proportionnalité entre le nombre d'espèces hébergées et le taux d'éosinophilie.

Cette question pas encore tranchée nécessiterait de nombreuses expériences.

2°. — *Affection intercurrente.*

L'action est ici très nette. Le cas cité par BÜRGI semble le plus typique. Il s'agit d'un enfant de quatre ans présentant une distomatose confirmée et sujet à des crises d'appendicite. BÜRGI remarqua que le pourcentage d'éosinophilie diminuait à chaque rechute appendiculaire et remontait dès que la crise était terminée.

Dans notre cas, le rôle identique joué par l'épisode pulmonaire fut aussi très net.

3°. — *Etat général.*

Une infestation trop massive ne donne pas, comme on pourrait le penser, un pourcentage énorme. On se trouve en présence du phénomène paradoxal de SCHILLING. YOUNG dont nous avons déjà signalé les expériences, obtient une diminution légère des éosinophilies à partir de 2.100 kystes et une chute appréciable avec 4.000 kystes.

Cette diminution des éosinophilies devrait être considérée comme un signe de pronostic grave.

4°. — *Traitement.*

Sous son influence le taux commence par augmenter, puis diminue pour revenir peu à peu à la normale.

5°. — *Réinfestation.*

Quoi qu'il ne soit pas cité d'observations concernant

la distomatose hépatique il est logique de penser que, comme pour les autres parasitoses, il y « a accoutumance de l'organisme aux facteurs éosinophilogènes ».

Signalons aussi le rôle de suppléance phagocytaire et antitoxique que joue l'éosinophilie.

En même temps que l'on remarque l'hyperleucocytose avec éosinophilie, on constate une anémie dont le taux est très variable, mais descendant rarement au-dessous de trois millions.

### Examen des selles

L'examen direct entre lame et lamelle étant peu souvent positif on doit recourir à l'enrichissement en faisant prendre du calomel au malade ce qui n'est pas toujours suffisant.

De plus pour éviter toutes causes d'erreurs possibles, il convient de soumettre le malade au régime sans viande de peur que celle-ci soit infectée auquel cas, ce seraient les œufs qu'elle contenait que l'on retrouverait dans les selles.

Un seul examen négatif n'est pas suffisant pour faire écarter le diagnostic de Distomatose Hépatique. Il faut une série de résultats semblables.

Ce mode de diagnostic présente l'inconvénient de ne pouvoir apporter une certitude que tardivement.

### Tubage duodénal

Pratiqué après avoir injecté par la sonde du sulfate de magnésie, s'il permet d'éliminer les causes d'erreurs auxquelles est soumis l'examen des selles, ne permet un diagnostic qu'assez tardif.

D'où l'intérêt des réactions effectuées précocement à une période où la thérapeutique pourrait agir avec plus d'efficacité, de rapidité que contre la Douve

adulte. Ce sont ces réactions biologiques que nous allons étudier maintenant en nous y arrêtant plus longuement.

*— Réaction de fixation du complément.*

Expérimentée sur les animaux depuis 1909, par WEINBERG et par PACCANARO cette réaction a donné lieu à des résultats contradictoires. Trouvée positive dans le cas d'animaux douvés et négative sur des animaux sains. Elle donna également des résultats positifs avec des agneaux non douvés.

D'autres auteurs : SEWANTIE, HÖPLI ont des résultats d'une même variabilité. BROCQ-ROUSSEU, CAUCHEMEZ, URBAIN ne sont pas plus heureux. Ils signalent en outre que la petite douve donne aussi une réaction positive.

Cette contradiction des résultats tient sans doute à ce que les préparations employées sont différentes, les uns se servant d'extrait alcoolique de douves, les autres d'extrait de foie parasité. Il ne faut pas oublier la possibilité qu'ont les moutons de se déparasiter spontanément, fait qui n'est pas de nature à faciliter les expériences.

LAVIER et STÉFANOPOULO se servent d'une préparation à base de poudre de douve : après une macération à 37° pendant 24 heures dans l'alcool absolu, on filtre, on évapore jusqu'au 1/3, puis on ramène à 1/2 par addition d'alcool absolu. Cette préparation dont l'activité commence au 1/20 est conservée en ampoules à doses croissantes, dans une glacière.

Sur cinq malades, les uns datant de dix ans, les autres plus récents, (il y avait un cas de quatre mois), les auteurs obtiennent des résultats positifs, pendant que tous les témoins syphiiltiques ou non donnent des résultats négatifs.

Nous citerons au passage les réactions de KELLAWAY et d'HOFFMANN et RIVERA qui ne sont pas spécifiques.

— *Cuti et intra-dermo-réaction :*

Nous avons dit le désaccord qui régna au sujet de la réaction de fixation du complément. Il en fut de même au sujet de la cuti et de l'intra-dermo-réaction que certains (SIEVERS et OYARZUN, 1932) proclament spécifique, tandis que d'autres (WAGNER 1936) n'obtiennent que des résultats contradictoires. C'est ainsi que sur dix veaux indemnes, CURASSON obtint une intra-dermo-réaction fortement positive et six légèrement.

Les résultats de HASSAN et BETASHE (1939) à propos de la Bilharziose égyptienne, ceux de KAN-HIRAI-CHIEN étudiant l'intra-dermo-réaction avec un antigène de *Schistosoma Japonicum* dans cette Bilharziose, firent MORÉNAS étudier les cuti et intra-dermo-réaction chez l'homme infesté par la *Fasciola Hepatica.*

Il put expérimenter sur douze cas et un certain nombre de témoins, les uns sains, les autres atteints de maladies diverses, un porteur de Toenia, un de Kyste hydatique. Chez tous les témoins la réaction fut négative sauf chez les sujets atteints de dermatose.

En même temps les résultats obtenus dans deux familles contaminées par *Fasciola Hepatica* furent en concordance parfaite avec les autres examens.

LAVIER et STÉFANOPOULO firent aussi des expériences sur la cuti et l'intra-dermo-réaction. Ils se servirent de la technique de FAIRLEY pour la préparation de l'antigène.

MORÉNAS incorporait de la poudre de *Fasciola Hepatica* pulvérisée et séchée dans le vide à de la glycérine neutre et s'en servait comme antigène pour la cuti. Pour l'intra-dermo-réaction il faisait macérer à chaud la poudre dans du sérum physiologique plus 10 % de glycérine neutre. Ultérieurement il se servit d'antigène préparé sans glycérine, ce qui lui permit d'obtenir des résultats plus nets.

Interprétation des résultats.

CUTI :

est positive si formation d'un bourrelet urticairien

très positive si réaction urticairienne étendue

négative, si aucune réaction.

INTRA-DERMO-RÉACTION :

le résultat peut être lu très rapidement : formation d'un placard ortié pouvant atteindre jusqu'à 3 cm. de diamètre, entouré d'un érythème plus étendu,

ces deux manifestations disparaissent en deux ou trois heures,

tandis que persistera une infiltration légère de la peau et des tissus sous-jacents pendant 48 heures.

Il n'a pas été noté de réaction tardive mais chez les sujets à réaction fortement positive on a vu se produire des urticaires généralisés, un gonflement de l'articulation voisine.

Il est intéressant et encourageant de constater la concordance des résultats de ces deux séries d'expériences. Les cas cités par MORÉNAS étaient moins récents que l'un de ceux de LAVIER et STÉFANOPOULO. Il y aurait le plus grand avantage à ce que ces réactions soient pratiquées sur des sujets récemment infestés avant que l'examen des selles n'ait révélé la présence d'œufs de Douve, époque à laquelle le traitement est déjà plus difficile. Il faudrait pouvoir les appliquer à des malades chez lesquels a été découverte une éosinophilie dont l'origine est inconnue. La mise en œuvre rapide du traitement, en cas de cuti et d'intra-dermo-réaction positives et son efficacité vérifiable par la diminution rapide de l'éosinophilie et une amélioration des trou-

bles du malade, serait une confirmation de la valeur du diagnostic précoce de la cuti et de l'intra-dermo-réaction.

*DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.*

Pratiquement le diagnostic de la Distomatose Hépatique n'est posé que lors de la découverte d'œufs de Douve dans les selles.

Parfois découverte opératoire lorsque le tableau clinique si varié semble indiquer impérativement une intervention soit pour lithiase vésiculaire, soit pour appendicite, le diagnostic resta parfois ignoré jusqu'à l'autopsie. (HUMBL et LUSCH 1881. Cancer de l'estomac.)

Le malade dont nous rapportons l'observation fut tout d'abord très normalement en présence de son état fébrile, de son amaigrissement, de ses sueurs nocturnes, suspecté de Tuberculose pulmonaire. Un examen radiologique infirma ce diagnostic. Puis une Hémoculture fut faite en pensant à une possibilité de Para A. ou B. Elle fut évidemment négative.

Enfin, on pratiqua un examen radiologique complet du tube digestif suspectant, devant cet état fébrile persistant et cet amaigrissement une néoplasie infectée. Cet examen, comme les précédents, fut lui aussi négatif.

Et ce ne fut qu'après son entrée à l'hôpital que la numération globulaire révéla une éosinophilie à 64 % qui permit d'envisager l'une des trois hypothèses suivantes :

Syndrome de LOEFFLER.

Maladie de HODGKIN.

Parasitose.

Cette dernière fut confirmée par les examens de sel-

les et du liquide duodénal qui firent reconnaître des œufs de Douve.

Nous ne citerons pas tous les diagnostics auxquels cet état fébrile persistant pouvait faire penser. On voit déjà par l'examen d'un seul malade le nombre de diagnostics possibles qui furent évoqués.

Il est intéressant de noter que pas une fois au cours de cette discussion diagnostique, ne fut émise l'hypothèse d'une affection hépatique.

Cet exemple nous permet de mieux comprendre les erreurs de diagnostic rencontrées au cours des observations citées.

## FORMES CLINIQUES

La distinction entre les différentes formes cliniques de la Distomatose Hépatique est assez artificielle du fait que ces formes ne sont que les étapes successives d'une même maladie, dont le début, marqué par la température, se poursuit par l'infestation, suivie elle-même de l'atteinte hépatique, de la pénétration et de l'obstruction fréquente des voies biliaires, comme nous l'avons déjà signalé.

Donc au début, l'atteinte hépatique ayant à peine eu lieu, cet organe ne réagit pas, et on ne trouve que des signes d'ordre général.

Parmi ceux-ci l'importance de l'éosinophilie, sa constance, lui donnent une place prépondérante. Cette éosinophilie se manifeste très précocément et sa recherche aiderait au diagnostic de la Distomatose.

Avec l'éosinophilie on trouve la température, signe très précoce, lui aussi, qui avec l'asthénie commençante et le prurit, amènent le malade à consulter. L'association de la température et de l'éosinophilie serait caractéristique de la Distomatose, sauf quelques cas de syndromes de LOEFFLER par ascaris, ou d'éosinophilie idiopathique rencontrée aux Indes et en Syrie et que le traitement par le Salvarsan influencerait favorablement (STENIHERS et RUG).

La pauvreté des signes du début a fait décrire des formes fébriles pures, des formes asthéniques, ou éosi-

nophiliques. Il conviendrait mieux de les grouper en *formes générales de début.*

Tel était le cas du malade dont nous rapportons l'observation.

Plus tard on aura des

*FORMES A PREDOMINANCE INTESTINALE*

Où la température est peu marquée. Le foie est peu sensible et la vésicule peu douloureuse. Il y a surtout de la diarrhée (forme diarrhéique) ou une colite glaireuse abondante (forme entéro-colitique). On croit se trouver en présence d'affections banales, mais accusant peu de réactions à un traitement normal. C'est un examen du sang qui révélant une éosinophilie considérable met sur la voie du diagnostic dont la confirmation sera obtenue à la suite d'un examen de selles ou de liquide duodénal révélant la présence d'œufs de Douves.

Ces formes sont sans doute dues à la présence de cercaires dans l'intestin ou à l'excitation biliaire que produit au niveau du foie le parasite.

Viennent ensuite les

*FORMES A ALLURE,*
*EPANCHEMENT HEPATIQUE*

sur lesquelles nous nous étendrons plus longuement. On peut, dans ces formes, reconnaître plusieurs sortes de manifestations qui ne sont que les expressions différentes d'une même atteinte, mais répondant à des localisations diverses ou d'intensité variable des parasites.

*A*) Gros foie congestif douloureux.

La constatation de l'hypertrophie du foie est un

signe de grosse valeur que l'on retrouve presque toujours (dix fois sur quatorze).

Le volume du foie est généralement peu augmenté, pourtant LAIRER et MARCHAL, dans une observation, rapportent le cas d'un foie débordant les côtés d'un travers de main. Chez Monsieur A..., notre malade, le foie était peu augmenté de volume et peu douloureux à la palpation, même dans la région vésiculaire habituellement sensible.

La douleur n'a aucun caractère spécial. Elle peut se manifester sous la forme de simple pesanteur, de lourdeur ou au contraire prendre le type de celles des coliques hépatiques nécessitant l'emploi de la morphine. Parfois, simplement localisée à l'hypocondre droit elle s'irradie quelquefois avec la même force au creux épigastrique.

En général cette douleur n'est pas continue. Elle évolue par poussées pendant quelques jours puis survient une période de calme de durée variable.

Avec l'hypertrophie du foie on constate celle de la rate. Nous l'avons signalée dans notre observation.

Dans cette forme il est exceptionnel de constater de l'ictère, mais toujours existe une température de type rénittent. La présence de cette température en même temps que la découverte de l'éosinophilie serait caractéristique de la Distomatose.

*B*) AVEC COLIQUES HÉPATIQUES.

Cette forme est caractérisée par le type des douleurs souvent extrêmement violentes au point de n'être calmées que par la morphine. Les douleurs ont le type exact d'une crise de coliques hépatiques, ce qui n'est pas pour surprendre puisque la Douve en mouvement remplace le Calcul, et il arriva que fut porté le diagnostic de Lithiase biliaire dans un cas de Distomatose.

L'intervention eut lieu et l'on trouva des Douves dans le Cholédoque. La constatation de la température avait fait ajouter au diagnostic de Lithiase biliaire, infection surajoutée (d'ALLAINES, LAVIER et JANDRILLE).

De même qu'un calcul en mouvement la Douve qui s'enclave dans les voies biliaires va provoquer un ictère léger peu marqué auquel manque la décoloration des selles, les urines sont peu foncées.

*C*) ANGIOCHOLITE ICTÉRIQUE.

Cette forme voisine de la précédente s'en différencie par l'intensité plus marquée de l'ictère et de ses signes accessoires, matières décolorées et urines plus foncées. On note également des crises douloureuses procédant par poussées discontinues.

La température prend un type infectieux plus net, les différences entre le soir et le matin sont plus accusées.

Dans cette forme il y a également une hypertrophie hépatique, mais souvent la vésicule est perceptible et toujours sensible.

D'autre part on note quelques troubles digestifs qui, sans atteindre la violence qu'ils ont dans la forme suivante, méritaient d'être signalés.

*D*) ICTÈRE GRAVE FÉBRILE.

Cette forme clinique se rencontre principalement dans les cas anciens de Distomatose ayant évolué longtemps à bas bruit et qui ne furent pas traités, ou dans des cas plus récents à infestation massive.

On se trouve devant un malade dont l'état général est très touché, avec un amaigrissement parfois considérable. Il y a une température à grandes oscillations très irrégulières, des clochers se dessinent, montent

brutalement en peu de temps, avec une défervescence très rapide.

Les troubles gastro-intestinaux tiennent une place importante. Langue saburrale, nausées, puis vomissements alimentaires qui deviennent bilieux, quelquefois hématémèse. Souvent alternative de diarrhée et de constipation. Les selles sont décolorées, tandis que les urines sont hautes en couleur.

Un ictère s'installe puis fonce progressivement.

A l'examen le foie est hypertrophié et sensible. On note une réaction permanente au niveau de la vésicule. Sur ce fond douloureux continuel se détachent des crises de durée variable et dont rien ne peut laisser prévoir l'apparition.

Le malade se cachectise de plus en plus et ne ressent que peu d'amélioration tant que la découverte du diagnostic ne permet pas un traitement étiologique.

A côté de ces formes cliniques assez nettement caractérisées il existe des

*FORMES FRUSTES*

répondant à une atteinte peu marquée par des parasites peu nombreux ou à une bonne défense de l'organisme.

Ces formes passent souvent inaperçues comme resta longtemps ignorée l'existence de porteurs de germes sains signalée par MORÉNAS, notion pourtant intéressante au point de vue prophylactique.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la Distomatose humaine est moins bien connue que celle de l'animal, principalement du Mouton.

Au niveau de ses canaux biliaires on trouve d'énormes dilatations, véritables anévrismes où se loge le parasite. Les parois de ces cavités sont épaissies, avec dans les fibres conjonctives des leucocytes et des éosinophiles de même que dans la paroi du kyste hydatique (LOEPER).

On trouve aussi des signes d'irritation au niveau de l'épithélium de ces canaux qui déversent une grande quantité de mucus favorisant leur oblitération, d'où néoformations de canaux biliaires de suppléance.

L'épaississement des parois de ces canaux provoque une cirrhose qui pourtant reste limitée à leur pourtour immédiat.

Chez l'homme on trouve des lésions de cholécystite, d'angiocholite avec calculs (d'ALLAINES) ; de petits abcès miliaires du foie.

BRODIN a signalé des lésions purulentes sous-hépatiques.

L'ascite que l'on peut voir à la période terminale est due à la compression des branches de la veine porte, car dans les cas d'infestation massive les cercles fibreux ne se limitent pas au voisinage des canaux, mais arri-

vent à se rejoindre, étouffant le tissu hépatique qui dégénère et s'atrophie progressivement ce qui provoque une déficience fonctionnelle du foie amenant des troubles digestifs.

Nous avons dit que la *Fasciola Hepatica* ne provoque habituellement pas de cancers secondaires. Par contre chez le mouton on rencontre parfois d'énormes proliférations adénomateuses tandis que la Douve du Singe, elle, peut donner un cancer.

La calcification des Douves découverte radiologiquement n'a pu être vérifiée autrement.

Monsieur A..., fut examiné afin de rechercher s'il existait au niveau de son foie des Douves calcifiées. Le résultat fut négatif, ce qui peut s'expliquer à notre avis en tenant compte du temps relativement court qui s'est écoulé depuis son infestation. Il n'est pas interdit de penser que dans un certain délai on puisse découvrir ces calcifications. Il aurait fallu, pour confirmer cette opinion, examiner à ce point de vue d'anciens Distomateux, ce qui ne nous a malheureusement pas été possible.

## PROPHYLAXIE — TRAITEMENT

Etant données les difficultés du traitement de la Distomatose à sa période d'état (le diagnostic étant très peu souvent établi à la période de début) il serait souhaitable de posséder un moyen prophylactique efficace, peu coûteux et dont la simplicité puisse laisser espérer une large application.

Il est notamment impossible de désinfecter toutes les matières fécales des animaux, même pour l'homme cette précaution ne serait pas toujours prise.

Le chaulage des prairies au printemps détruira le miracidum. C'est là un bon moyen, car le trop grand nombre de Limnés rend illusoires les mesures que l'on pourrait prendre pour désinfecter les mares. Quant aux cercaires leur forme enkystée les rend invulnérables.

La solution la plus pratique, la plus simple dans ces conditions est la surveillance des cressonnières dont on prendra soin d'éloigner les moutons, et mieux, l'interdiction de pratiquer la culture du cresson dans les régions où l'élevage du mouton est très développé.

### *TRAITEMENT*

De nombreux produits furent successivement employés puis abandonnés. Nous n'en citerons que quelques-uns pour mémoire.

Les antihelminthiques :

la santonine,
l'huile de Chénopodium,
la pelletierine,
l'extrait éthéré de fougère mâle;

et les cholagogues :

ne furent jamais efficaces.

On doit quelques succès :

au Thymol,
au violet de gentiane,
au Stibosane,
à l'émétique,

mais ces médicaments donnèrent aussi beaucoup d'échecs qui les firent délaisser.

Actuellement on emploie le tétrachlorure de carbone et l'émétine.

Notre malade fut traité à l'émétine. Ce traitement est particulièrement efficace dans la période fébrile. Il demande une surveillance serrée car il peut provoquer de l'hypotension, des vertiges.

Lors de sa poussée fébrile le malade absorba environ 40 grammes d'Adiazine, ce qui amena une chute rapide de la température et une amélioration de son état. Il semble qu'il y ait intérêt à associer à l'émétine ce sulfamide atophanique dont l'élimination presque totale par les voies biliaires, mise en évidence par le Professeur Loeper, Cottet et J. Parrot lui donne des propriétés cholérétiques, antiseptiques de ces voies, en même temps qu'il reste un antipyrétique puissant.

D'autre part le cacodylate de soude et le stovarsol par leur action reconstituante aideront l'organisme à lutter plus efficacement.

L'action de l'émétine étant surtout nette au début de la maladie, on comprend toute l'importance d'un diagnostic précoce.

## CONCLUSIONS

On peut voir après l'étude de ce cas de Distomatose hépatique dans lequel les troubles du foie firent presque totalement défaut, la difficulté de poser un diagnostic précoce, ce qui est pourtant d'un grand intérêt pour le traitement.

Pour l'établissement de ce diagnostic, nous insistons sur :

— les troubles gastro-intestinaux,
— la douleur hépatique,
— la fièvre, même discrète,

et surtout sur :

— la cuti et l'intradermo-réaction,
— la constatation des œufs
— et l'éosinophilie.

La réaction de fixation du complément ne semble pas constamment fidèle.

L'éosinophilie a une importance considérable. Sa découverte parfois fortuite, amène à penser à la possibilité d'une Parasitose que les autres épreuves pourront affirmer.

La similitude entre l'accès fébrile avec densification pulmonaire que présenta notre malade et le syndrome de Loeffler est frappante. Néanmoins la nature et l'origine exacte ne furent pas vérifiées par la courbe

d'éosinophilie et l'accident pulmonaire peut avoir été banal.

L'élimination des œufs de Douve ainsi que l'éosinophilie peuvent persister pendant un temps assez long après la guérison clinique.

La calcification des douves au niveau du foie, dont nous avons signalé qu'il existait une radiographie, n'a malheureusement pas pu être confirmée dans notre cas.

Pour le traitement nous citerons deux médicaments qui méritent de retenir l'attention : le tétrachlorure de carbone et l'émétine. Ces deux médicaments manifestent une grande activité surtout pendant la période fébrile, époque à laquelle le diagnostic est trop peu souvent établi. Ils sont moins efficaces, surtout l'émétine, à la période d'état. A ces deux produits il semble judicieux d'associer un sulfamide dont nous avons dit les réactions cholérétique et antiseptique des voies biliaires.

Du point de vue prophylactique le moyen le plus simple consiste à surveiller les cressonnières sauvages et peut-être aussi les abats, surtout de mouton, livrés à la consommation.

---

Vu, le Doyen : BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse : LOEPER

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY

# BIBLIOGRAPHIE


Allaines (F. d'), G. Lavier et Gandrille. — Une petite épidémie de distomatose hépatique à « fasciola hepatica » diagnostiquée rétrospectivement. (*P. M.* ,1942, p. 738.)

Baillet (M.). — Note sur le développement de l'embryon dans les œufs de douve hépatique. (*Mémoires de l'Académie des Sciences. Inscriptions et Belles Lettres de Toulouse*, tome I, 1879.)

Barroeta (S.-M.). — Un caso de distomatosis. Académie de Médecine Vénézuéla, 1911.

Baur (J.) et Taufflieb (R.). — Réactions sanguines au cours des intoxications expérimentales par les extraits de distomes. (Communication faite à la Société de Pathologie comparée, 10 fév. 1914.)

Bello (H.). — Contribucion al estudio de la distomatosis. (*Thèse*, Caracas, 1916.)

Blanchard (R.). — Lésions du foie déterminées par la présence des douves. (Communication faite à l'Académie de Médecine, XLVI, 23 juillet 1901, p. 204-212 et *Archives de Parasitologie*, t. IV, p. 581-589.)

Bengolea, Bacigalupo y Velasco Suarez. — Distomatosis por fasciola hepatica. (*Archivos Argentinos de Enfermadades del Aparato digestivo y de la nutricion*, p. 151, 1927.)

Blanchod (Fred). — Le distimum hépaticum chez l'homme. (*Travail de l'Institut pathologique de Lausanne*, 1909.)

Brodin, Fourestier et Ferrand. — Un cas de distomatose sous-hépatique. (Société Médicale des Hôpitaux, 11 juillet 1941.

BRUMPT (E.). — *Précis de Parasitologie*, Masson, Paris, 1927.

BRUMPT (E.) et LAVIER (G.). — Prophylaxie de la distomatose hépatique humaine due à la grande douve. (Académie de Médecine, 20 juin 1939.)

BACIGALUPO. — Importance du tubage duodénal dans le diagnostic et le traitement des distomatoses hépatiques. (*Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1933.)

BOYER (R.). — Recherches expérimentales et cliniques sur le traitement de la distomatose hépatique par les injections intraveinenses d'hémétique. (*Thèse Médecine*, Montpellier, 1921.)

BROUST, RIZK, MONNEROT-DUMAINE. — Revue française du Moyen Orient, déc. 1944, janv. 1945.

BURGI (K.). — *Mitt. an. d. grenzgeb. d. Med .und Chir.*, 1936-44, 488. Un cas de distomatose du foie (fasciola hepatica). (*Mitt. a. d. grenzeb d. Med.. u. Chir.*, 30 nov. 1936, t. 44, f. 4, p. 488-538.)

— Ein fall von Laberdistomatose Lei einem 4 Jahrumgenkinde. (*Schwedtz. Med. Woche.* 19 Nov. 1938, 1274.)

CHATRON. — Un nouveau cas de distomatose humaine à Fasciola hepatica. (Société de Pathologie Exotique, 11 janvier 1933.)

CHESTER (W.-L.). — Fasciola hepatica : a fatal case in a european soldier. (*J. Roy. Armyy Med. corps*, p. 463, 1928.)

CHEVALIER (R.-C.). — Rapporté par PATTERSON (S.-W). A case of human infestation with Liver Fluke. (*The Lancet*, p. 1292, 1928.)

COTTE et DECHAUME. — Angiocholécystite chronique par douve du foie. (Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, 11 mars 1925.)

COUTELEN et AUDOUIN. (L.). — Un cas de distomatose hépatique humaine à fasciola hepatica dans la région parisienne. (Société de Médecine et d'Hygiène tropicales, mars 1931.)

— Un cas de distomatose hépatique humaine à fasciola hepa-

tica dans la région parisienne. (*Revue de Médecine et* d'Hygiène tropicale, p. 86-90, 19 mars 1931.)

Croste (R.). — Un cas autochtone d'infection humaine par Fasciola hepatica. (*Annales de Parasitologie humaine et comparée*, t. VI, pp. 321-322, 1928.)

Dambrin — Hématome suppuré du muscle grand droit de l'abdomen produit par une douve. (*Arch. méd., Toulouse*, t. XIX, 1913.)

Dekester (M.). — Un cas de distomatose sous-cutanée au Maroc. (*Annales de Parasitologie humaine et comparée*, t. II, p. 322-324, 1924.)

Delange (P.). — Quatrième cas algérien de distomatose humaine à Fasciola hepatica. (*Bull. de la Soc. de Pathologie exotique*, t. XXII, p. 673, 1929.)

Dequirot (André). — Eosinophilie parasitaire. (*Thèse*, Paris, 1945.)

Desage. — Un cas de distomatose humaine. (*Bulletins et Mémoires de la Société des Hôpitaux de Paris*, pp. 720-722, 1926.)

Desjardins (André-Paul). — Réactions biologiques et diagnostic précoce de la distomatose humaine à Fasciola Hepatica. (*Thèse*, Paris, 1945.)

Dionis des Carrières. — Cité par Davaine : *Traité des Entozoaires*, pp. 326-328, 2e éd., Paris, 1877.

Duffek (E.). — Distomum hepaticum beim Menschen. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 30, pp. 772-775, 1902.)

Dugue (Lucie). — A propos de la distomatose hépatique. (*Thèse*, Paris, 1945.)

Dunet (Ch.). — Obstruction cholédocienne par grande douve du foie. (*C. R. Société de Chirurgie de Lyon*, 17 janv 1924 ; *Lyon Chirurgical*, XXI, pp. 338-344, 1924.)

Duval. — Note sur un cas de distomatose hépatique. (*Gaz. méd.*, X, p. 769, 1842.)

Feissly. — Un cas de parasitisme par fasciola hepatica. (*Soc. de gastro-entéro.*, 13 janv. 1936.)

Felts Eiders. — Est-il possible de poser le diagnostic de disto-

matose hépatique chez l'homme par la constatation d'œufs de distome dans les selles ? (*Bulletin de la Société turque de Médecine*, 30 mai 1939.)

Florance. — De la distomatose chez l'homme et les animaux. (*Thèse de Strasbourg*, 1866.)

Garin et Bertrand. — Un cas d'ictère fébrile grave dû au parasitisme des voies biliaires par fasciola hepatica. Guérison par l'anthiomaline. (Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, 26 janv. 1938.)

Gluzinski. — Anémie parniciosa distomatica. (*Wien Klin. Wochen.*, 7 janvier 1909.)

Gordon R. Ward. — Hepatic distomasis' sheep Rot in Man. (*The Bristisch Medical Journal*, p. 931, 22 avril 1911.)

Gosset et Le Noir. — Douve vivante dans le cholédoque extraite par cholédoctomie. Guérison. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, pp. 98-102, 1924.)

Gralt. — Observation de douves chez l'homme. (*Archives de Médecine Navale*, 1887.)

Gralt et Clarac. — *Traité de Pathologie exotique*. Article de distomatose hépatique, t. VI, 1913.

Grandelande, Codvelle et Valande. — Cholécystite d'origine distomienne, distomatose à fasciola gigantica. (*Annales d'Anatomie Path.*, t. V, n° 4, 1928.)

Guillart (J.). — Observation de distomatose hépatique chez l'homme. (*Bull. Académie de Méd.*, 1920.)

Guillon (A.). — A propos du traitement des distomatoses hépatiques. (*Ann. de Médecine et de Pharmacie col.*, pp. 332-336, 1931. — Note sur le traitement des distomatoses hépatiques. (*Ann. de Médecine et de Pharmacie coloniale*, pp. 593-595, oct.-déc. 1926.)

Hahn (L.) et Lefevre. (E.). — Douves. (*Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* de Dechambre, pp. 515-549.)

Hassal (A.). — Bibliography of Fasciola Hepatica. (*J. comp. M. and vet., Philad.*, pp. 407-417 et pp. 457-462, 1894.)

Heckenroth (F.). et Advier (M.). — Un cas de distomatose hépa-

tique à fasciola hepatica en Corse. (*Bull. Soc. Path. Exotique*, janvier 1931.)

— A propos d'un cas de distomatose hépatique. (*Marseille Médical*, 25 janvier 1931.)

Hoffmann (W.-H.) et Guerra (A.). — Distoma hépatico originando un abcesso muscular. (*Revue de Médecine y Cirurg. de la Habana*, t. XXVIII, pp. B558-561, 25 août 1923.)

Hoog (Jabez). — Embryo of a parasitic entozoa from a human tooth. (*Journal of microscopy and natural science*, p. 170, 1888.)

Humble (W.-E.). and Lusch (W.-V.). — A case of distoma hepaticum (liver fluke) in man. (*Britisch med. Journal*, t. II, p. 75, 1881.)

Joyeux (G.). — Prophylaxie et traitement des distomatoses et des filharzioses. (*Presse Médicale*, p. 715, 18 mai 1921.)

Karibow (N.). — Zwei Fälle der Fasciola hepatica Invasion. (*Nachrichten d. Tropischen medicin Tiflis*, vol. I, p. 113, 1928.)

Kouri (Pedro). — Chlorhydrate d'émétine contre la fasciola hepatica. (*Revista de Medicina y Chirurgie de La Habana*, 30 avril 1933.)

Kouri (P.) y Arenas (R.). — Dos casos de distomatisis hepatica humana producida por la fasciola hepatica. (*Vida nueva Habana*, t. XXVIII, pp. 389 à 451, 1931.)

Krukow (A.-N.). — Un nouveau symptôme parmi les signes de la distomatose hépatique. (*Pensée Médicale d'Usbekistane Tashent*, pp. 87-89, 1927. Résumé français, p. 138.)

Lavier, Leroux et Lalot. — Cancer multicentrique et distomatose hépatique chez un mouton. (Société anatomique, 7 juillet 1938.

Lavier et Marchal (G.). — Sur un cas de grande eosinophilie symptomatique d'une distomatose hépatique. (Société française d'hématologie, 19 février 1942.)

Lavier. — Eosinophilie sanguine au cours de la distomatose hépatique à grande douve. (*Sang*, XVI, 1944, n° 2, p. 87-105.)

Lee-Hu-Hung. — Statistik über dem Prozentgehalt in eosinophilen vie ancylostomiasis, trischuriasis und ascariosis in Péking. (*Fest-schvift B. nocht*, 1927, pp. 207.)

Léger (M.). — Distomatose hépatique. Formule leucocytaire chez les distomés. (*Bull. de la Société de Pathol. Exotique*, p. 54, 1908.)

— Distomatose hépatique. Formule leucocytaire chez les distomés. (*Bull. de la Soc. de Path. Exotique*, séance du 22 janvier 1908, pp. 54-56, t. I.)

Lievre. — Les distomatoses à fasciola hepatica. (*Thèse*, Alger, 1932.)

Loeper (M.). — Hépatites rares. Masson, éd., 1946.

— Distomatose hépatique. (*Progrès médical*, mai 1946.)

Loeper, Cottet (J.), Bargeton (D.) et Parrod (J.). — Un produit cholérétique : l'oxyquinoléine sulfurique. (*Paris Médical*, n° 38, 22 sept. 1945, p. 501.)

Luo-Yi-Chuen. — Contribution à l'étude des réactions néoplasiques provoquées par les douves du foie principalement par fasciola hepatica. (*Thèse*, Lyon, 1930.)

Luton (M.), Bernard (J.) et Bertholon. — Un cas d'hépatite fébrile avec anémie et éosinophilie. (*Société des Sciences* Médicales de Clermont-Ferrand, 28 Mars 1943.)

Malherbe (H.). — Cas curieux de parasitisme chez l'homme. Douve sous-cutanée. (*Le Progrès Médical*, 3e série, t. VII, n° 4, pp. 49-50, 22 janvier 1898.)

Manceaux (A) et Alcan (M.). — A propos d'un cas de distomatose à fasciola hepatica (cas observé à Alger). (Société de Pathologie Exotique, 8 fév. 1939.)

Mandry (O. Costa). — Infestation humaine par fasciola hepatica. Note sur un cas trouvé à Porto-Rico. (*Bull. Assoc. Méd. de Puerto-Rico*, vol. 23, pp. 186-192, 1931.)

Marotel. — La distomatose intestinale porcine. (Académie de Médecine, 10 mars 1936.)

Massia et Morenas. — Un cas de fibro-adénome du foie de mouton

douvé par fasciola hepatica. (*Annales de Parasitologie*, 1932.)

Mauriac (P.). — Un cas de distomatose hépatique traitée par l'extrait de fougère mâle et les injections d'émétique. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, p. 430, 1922.)

— Un cas de distomatose hépatique Recherches cliniques et expérimentales. (*Annales de Médecine*, année XII, pp. 414-424, 1922.)

Mauriac (P.) et Boker (R.). — Recherches expérimentales sur le traitement de la distomatose par les injections intraveineuses d'émétique. (*C. R. Soc. de Biologie*, pp. 917-919, 8 nov. 1921.)

Maury (E.) et Pélissier (R.). — Obstruction du cholédoque par douves. (Soc. de Méd. d'Alger, 5 mai 1922. *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord*, juin 1922, et *Presse Médicale*, n° 20, 8 mars 1924.)

Meerssemen, Fruss et Bergondi. — Un cas de distomatose hépatique à fasciola hepatica. Traitement par le tétrachlorure de carbone. (Soc. de Méd. des Hôppitaux, 7 juill. 1933.)

Morenas (L.). — Pour le diagnostic de la distomatose à fasciola hepatica par les réactions d'allergie cutanée. (Académie de Médecine, 13 juill. 1943.)

— De l'intérêt du tubage duodénal dans les affections parasitaires de l'intestin et des voies biliaires. (Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon, 24 nov. 1931.)

— Le diagnostic biologique de la distomatose hépatique; essai de cuti et d'intradermo-réaction. (Soc. Méd .des Hôpitaux de Lyon, 18 mai 1943.)

Neveu-Lemaire. — Distomatose hépatique. (*Collection* Sergent, t. XIV, p. 73, Paris, 1928.)

Nogue. — Du syndrome fièvre bilieux hémoglobinique déterminé par la présence de douves dans les canaux biliaires. (Congrès de Médecine de 1900 (Section de Médecine coloniale), p. 168.)

Onorato (R.). — Un caso de distomatosi epatico ed erratica, da

fasciola hépatica, à Tripolitania. (*Arch. Ital. Sci. Méd. col. Tripoli*, pp. 129-142, 1924.)

Patterson (S.-W.). — Case of human infestation white liver fluke. (*The Lancet*, pp. 1291-1292, 22 déc. 1928.)

Paul (F.). — *Wiener Klin. Wochenchr.*, 1927, 77, 204, *Medizinische klinik*, 1927, 23, 807 ; *Senchenbekampfing*, 1928, 5, 119.

— Distomiasis hepatica (Leberegelsenche) beim Menschen. *Med Klin.*, pp. 829-834, 3 juin 1927.

— Distomiasis der Leber. (*Wien med. Wochensch.*, p. 223, 12 fév. 1927.)

Perrancito. — Traitement de la distomatose hépatique et de l'unciraniose. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 3e série, t. LXIX, p. 584, séance du 17 juin 1913.)

Prunac. — Note sur la grande douve du foie (distomum hepaticum), Montpellier et Paris, in-8, 14 p. 1884.

— De la Douve ou distomatose hépatique chez l'homme. (*Gazette des Hôpitaux*, t. LI, p. 1147, 1878.)

Risquez (J.-R.). — Un caso de distomatosis, 1910.

— Un caso de parasitismo por dos hematodes. (Soc. Méd. Caracas, 1920.)

— Note sur la distomatose et la bilharziose humaines du Vénézuéla. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, pp. 382-385, 1921.)

Roff (A.-H.). — Distomatosis humana. Primer cas observato en el pais. Buenos Aires, 1913.

Sagarra. — Un caso de distoma hepatica en el hombre. (*Revista de Medicina y Chirurgica praticas*, XIV, p. 105, 1890.)

Seguin (M.). — Distomatose et syndrome de Loeffler. (*Thèse*, Paris, 1939.)

Semenow (G.). — Aperçu général de la distomatose provoquée par fasciola hepatica L. en rapport avec sa propagation en Asie Centrale. (*Pensée Médicale d'Usbekistane*, pp. 13-29, 1927, *résumé français*, p. 117.)

Semenow (G.) et Kogan (D.). — Un cas de distomatose provoquée par fasciola hepatica L. et guéri par les petites portions

de chlorhydrate d'émétine. (*Pensée Médicale d'Usbekitane*, pp. 30-38, 1927, *Résumé français*, p. 118.)

SEVENET (G.). — Un cas de distomatose hépatique. (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, t. XI, fasc. III, p. 165, fév. 1926.)

SEVENET (G.) et CHAMPAGNE (R.). — Troisième cas algérien de distomatose humaine à fasciola hepatica. Bons effets du Stovarsol. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, t. XXI, pp. 22-224,, 14 mars 1928.)

SEWANTIE (L.). — Recherche de la déviation du complément dans la distomatose humaine. (*C. R. Soc. de Biologie*, pp. 699-700, 5avril 1921, et *Gaz. hebd. des Sciences Méd.* de Bordeaux, 1921.)

STIEFFEL (R.) et CHARTRON. — Un cas de distomatose humaine à fasciola hepatica. (Soc. de gastro-entéro. de Paris, 8 janv. 1934. — *Pratique Médicale française*, janvier 1934.)

SUSONI (A.-H.). — Contribution à l'étude de la distomatose par fasciola hepatica. (*Thèse*, Paris, 1937.)

TAUFFLIER. — Distomatose à fasciola hepatica chez l'homme et chez l'animal. (*Thèse*, Lyon, 1916.)

TEMOIN et BAUR. — Un cas de distomatose humaine observé en Berry ; 1er Congrès international de Pathologie comparée ; Paris, Masson, éditeur, 1912.

VAURS (R.), BERNARD (C.), GRIFFITHS, PENOT (J.), MAZEN (L.). — Epidémie de distomatose hépatique humaine (14 cas).

VEZEAUX et LAVERGNE (de). — Un cas de distomatose hépatique. (*C. R. Soc. de Biol.*, pp. 1098, 1099, 16 déc. 1916, et *Paris Médical*, 8 janv. 1917.)

— Un deuxième cas de distomatose hépatique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, pp. 97-98, 1918.)

VILLARD et BOCCA. — Un cas de distomatose hépatique. Oblitération cholédocienne par dix grandes douves. Syndrome clinique de lithiase biliaire. Cholédocotomie. Guérison. (*Le Journal de Médecine de Lyon*, pp. 659, 661, 1922.)

WEINBERG (M.). — Recherche des anticorps spécifiques dans la distomatose et la cysticercose. (*C. R. Séances Société de Biologie*, t. XVI, n° 5, 6 fév. 1909.)

WEINBERG (M.) et MELLO (Ugo). — Recherchès expérimentales sur l'origine de l'éosinophilie dans les helminthiases. (*Bull. de la Soc. Pathol. Exotique*, t. I, n° 8, pp. 464-472, 1908.)

WEINBERG (M.) et MOORE ALESCADA. — Quelques données sur l'éosinophilie dans les helminthiases. (*Bull .de la Soc. Path. Exot.*, t. I,n° 8, pp. 459-463, 1908.)

WHITE (Duncan). — Helmintie infaction audits relation to eosinophilia. (*Lancet*, II, 1910, pp. 297-301.)

WILSON (A.). — On the occurence of the commun Fluke (fasciola hepatica) in the human subject. (*Edinbourg méd. Journal*, t. XXV, pp. 413-417, 1879.)

YOUNG (Shutsu). — The changer in the hematopoistic organe and the blood picture in the experimental liver distomatosis. (*Japan Joun of Experien. Med.*, IX, 1931, n° 1, pp. 47-61.)

R. FOULON, Imprimeur, 29, rue Deparcieux, PARIS (14e).